

1 - Registro ANS 000000
5 - Número da Guia Principal 20499

4 - Data da Autorização 30/08/2024
6 - Data Validade da Sanha 20499

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
9 - Validade da Carteira 30/08/2024
10 - Nome MENANDRO JOSE REIS DA ROCHA
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20499

Dados do Solicitante
13 - Código na Operadora 76591569000130
14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
12 - Atendimento a RN N

15 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS CORREA DA SILVA JUNIOR
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 49348
18 - UF 41
19 - Código CBO 225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
21 - Carteira Atendim. 2
22 - Data da Solicitação 30/08/2024
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - Ql. Solicit. Dr. Carlos Correia da Silva Jr.
CRM - PR 49348/2016 - RPP - SC 225124
CRM - SC 37.312/19 - RPP - SC 225124

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59
30 - Nome do Contratado CARLOS CORREA DA SILVA JUNIOR
31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento 04
33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9
34 - Tipo de Consulta 1
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 30/08/2024
37 - Hora Inicial 11:22:17
38 - Hora Final 11:22:17
39 - Tabela 22
40 - Procedimento 10101039
41 - Descrição Consulta em pronto socorro
42 - Qlde 001
43 - Via
44 - Tec
45 - Fator Red./Acresc
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$) 175,36

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na operadora/CNP 51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série
1- / / 2- / / 3- / / 4- / / 5- / / 6- / / 7- / / 8- / / 9- / / 10- / /
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa
59 - Total Procedimentos (R\$)
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)
61 - Total Materiais (R\$)
62 - Total de OPME (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
65 - Total Geral (R\$) 175,36

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
68 - Assinatura do Contratado

GIOVANNA. Data/Hora: 30/08/2024 18:35:27 Conta/Lote: 2450192 Atendimento: 4441652 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
2450192 1/1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Menandro José Reis da Rocha
Nº da Carteirinha: 2.79.1590
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 06/08/2019

Nº da Guia: 20499

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/08/2024	10:04:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Cabeça

Descrição

Aluno colidiu a cabeça contra a parede durante a aula de educação física, antes do recreio, após o recreio durante a aula de inglês foi encaminhado para sala de apoio onde veio a vomitar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colegas	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sincler	30/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

Foi mantido acordado após ter vomitado, informado aos pais,

Ass.:

Sincler Demian Klabunde

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

Data do Atendimento

30/08/2024 (

Nº Atendimento

4441652



HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE

EMERGENCIA CONVE

Paciente

MENANDRO JOSE REIS DA ROCHA

Responsável Legal 1

JUCIENE DA MOTA REIS ROCHA

Endereço

RUA TENENTE LUIZ DE OLIVEIRA QUADROS

Cidade

SAO JOSE DOS PINHAIS

Convênio

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Data de Nascimento

06/08/2019

Responsável Legal 2

MENANDRO JOSE SOUZA DA ROCHA

Número

35

Bairro

BONECA DO IGUACU

Plano

EMPRESARIAL

Sexo

M

Complemento

CEP

83040510

CPF

21768167737

Telefone

987015213

UF

PR

CID

S009

Histórico - Anamnese

Classificação de risco:

URGENTE

DS_HIST_DOENCA_ATUA

5a, mãe Juciene, pai Menandro

Estava fazendo ed física (antes das 9:00), correu e bateu a cabeça , do lado.

Foi para a aula de ingles e às 10 horas fez vômito e vindo para cá vomitou novamente. Refere dor na cabeça e n

barriga.

Está pálido.

DS_EXAME_FISICO

P: 22 T: 36,4°C

Sonolento , pálido

CARLOS CORREA DA SILVA JUNIOR

CRM: 49348